FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert PERNET

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Dijon (Côte-d'Or) le 25 Décembre 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TABES FÉMININ

ÉTUDE COMPARÉE DU TABES

à **BICÊTRE** et à la **SALPÊTRIÈRE**

Président : CH. ACHARD, *professeur*

BERNARD, FÉRAND & Cie, IMPRIMEURS-EDITEURS.
37, Rue des Trois-Bornes, PARIS

1914

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

M. le Professeur QUÉNU.

M. le Dr AVIRAGNET.

M. le Dr JEAN HALLÉ.

M. le Professeur PINARD.

M. le Professeur agrégé MORESTIN.

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON :

M. le Dr DEROYE.

M. le Dr PERRIN.

M. le Dr BROUSSOLLE.

M. le Dr ZIPFEL.

M. le Dr DUBARD.

M. le Dr PETITJEAN.

M. le Dr LUCIEN.

A M. le Professeur ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Necker,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Toujours semblable à lui-même dans ses grandes lignes, le tableau clinique d'une maladie présente parfois, suivant le sexe frappé, de curieuses particularités.

En ce qui concerne la fréquence, certaines maladies paraissent atteindre l'un ou l'autre sexe avec une véritable prédilection. Au nombre de celles-ci, nous mentionnerons la maladie de Basedow, l'ulcère rond de Cruveilhier, le rétrécissement mitral pur. Des faits analogues s'observent en neurologie. Malgré la rareté relative de l'alcoolisme chez les femmes, la polynévrite alcoolique frappe souvent celles-ci, se manifestant alors avec une gravité spéciale dont l'expression la plus frappante est la paraplégie. Il en est de même de l'adipose douloureuse et de la myosclérose qui sont des affections à peu près exclusivement féminines.

En dehors même de la fréquence relative, les maladies peuvent, suivant le sexe, présenter des différences symptomatiques et évolutives. Les

paralysies alcooliques, la maladie de Basedow en sont encore des exemples et plusieurs auteurs ont déjà, à propos du tabes, conduit des enquêtes analogues.

C'est ainsi que M. E. Mendel, puis Fehre ont, en Allemagne, publié sur ce sujet des mémoires, et qu'en France, MM. Pierre Marie et Ch. Foix ont consacré une étude au « Tabes féminin à la Salpêtrière ».

Nous avons pensé, à notre tour, qu'il serait intéressant d'essayer de fixer ce point de clinique encore controversé et c'est le résultat de cette étude, d'ailleurs confirmative dans l'ensemble de celle de MM. Marie et Foix, que nous apportons ici.

Nous tenons à remercier dès maintenant M. le Professeur Pierre Marie, qui nous a conseillé de choisir ce sujet de travail et nous a fourni la possibilité d'étudier le tabes féminin dans son beau service de la Salpêtrière ; M. le Docteur Souques, grâce à l'obligeante largesse duquel nous avons pu conduire une enquête analogue à Bicêtre ; M. le Professeur agrégé Dupré qui a bien voulu nous communiquer ses vues si intéressantes sur la débilité des membres inférieurs chez la femme ; M. Ch. Foix qui nous a aidé de ses conseils.

***

Pour établir de façon utile une comparaison entre les sexes au cours d'une même affection, la question de méthode est primordiale.

Il est, en effet, absolument nécessaire de se placer dans des conditions tout à fait identiques d'observation, sous peine de s'exposer à des erreurs considérables.

C'est ainsi que dans notre étude, reprenant pour l'appliquer de façon plus rigoureuse, la méthode employée par MM. P. Marie et Ch. Foix, nous allons comparer exclusivement les malades de l'hospice de Bicêtre à celles de l'hospice de la Salpêtrière.

Le premier de ces hospices est exclusivement masculin, le deuxième exclusivement féminin ; les malades y viennent et y sont abrités dans des conditions identiques : notre comparaison sera donc valable, tout au moins en ce qui concerne les tabétiques âgés.

Car, décidés à ne nous baser que sur des données d'observation objective, nous avons laissé de côté volontairement tout ce qui est tabes incipiens, mode de progression du mal, intensité des phénomènes douloureux, pour nous en tenir aux faits que nous pouvions matériellement constater à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Notre étude perd ainsi un peu de son étendue, puisqu'elle n'envisage pas la totalité du problème et qu'elle ne considère, en définitive, que le tabes ayant évolué jusqu'à son dernier stade. Elle y gagnera, croyons-nous, en précision et en valeur démonstrative.

HISTORIQUE

Nous n'avons trouvé qu'un petit nombre de travaux établissant de façon plus ou moins explicite une comparaison quelconque entre les sexes, au point de vue du tabes.

En tant qu'entité morbide, celui-ci d'ailleurs n'existe que depuis la description qu'en fit Duchenne, de Boulogne, en 1858. A partir de cette époque, le tableau de la maladie se dessina peu à peu d'une façon plus complète. On s'attacha tout d'abord à la recherche et à la description des symptômes cliniques. Lorsque ceux-ci furent mis en relief, on rechercha l'étiologie. Ce point capital dans l'histoire du tabes ne fut éclairci qu'une vingtaine d'années après la description de Duchenne.

Les statistiques produites par Fournier, en 1875, établirent que la cause vraiment dominante du tabes est chez la femme aussi bien que chez l'homme, la syphilis. Cette notion couramment admise aujourd'hui par la grande majorité des auteurs, était loin de s'imposer alors avec son actuelle vigueur, même à ne considérer que les hommes. Le titre seul du travail de Fournier « de l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique » montre bien l'obscurité dont cette origine était alors entourée.

Vingt-cinq années plus tard seulement, la comparaison qui nous occupe fit l'objet d'un travail de E. Mendel, de Berlin, publié en 1901, dans les « Neurologische Centralblatt ». L'article est intitulé « Die tabes beim weiblichen geschlecht ». Les conclusions qui s'en dégagent intéressent les unes l'étiologie, les autres le pronostic du tabes féminin.

Conformément à l'opinion de Fournier, E. Mendel trouve dans la syphilis la cause primordiale du tabes. La stérilité est trois fois plus fréquente chez les femmes tabétiques que chez les femmes non tabétiques dans les mêmes conditions sociales (33 % au lieu de 10,5 %); ce fait est à rapprocher de la fréquence de la stérilité dans la syphilis et c'est un argument en faveur de l'origine syphilitique du tabes.

Au point de vue de la fréquence du tabes féminin, nous trouvons, dans la statistique de Mendel, une femme tabétique pour trois hommes, mais la proportion de femmes tabétiques, fait remarquer l'auteur, est 8 ou 10 fois moindre dans la population aisée, non hospitalisée. Il conclut donc à la rareté du tabes chez la femme.

En ce qui concerne l'évolution du tabes féminin, Mendel estime qu'elle est caractérisée par une lenteur et une bénignité relatives, comparables à celles de la paralysie générale ; l'ataxie est tardive, les arthropathies et les crises viscérales, gastriques ou autres, sont rares, mais l'amaurose complète est une complication très commune.

Au mois de juillet de la même année, 1901, Fehre fit paraître dans les « Berliner Klinische Wochenschrift », une étude sur le tabes chez la femme.

De quarante-sept cas observés, Fehre conclut, lui aussi, que d'une façon générale les facteurs étiologiques du tabes chez la femme sont les mêmes que chez l'homme, la syphilis jouant un rôle de premier ordre. L'auteur observe que les cas de tabes féminin semblent de plus en plus nombreux.

***

En 1911, lors de la discussion instituée à la Société de Neurologie, sur la délimitation du tabes, MM. P. Marie et Ch. Foix firent une communication, qui met en relief les caractères principaux du « Tabes féminin à la Salpêtrière ». Ce qui, à notre sens, disent-ils, conditionne la gravité spéciale du tabes féminin, c'est sa tendance paraplégique. Comparant, comme nous le faisons aujourd'hui, les tabétiques de Bicêtre et de la Salpêtrière, ces auteurs ont mis en relief tous les éléments de la tendance paraplégique du tabes féminin, l'importance dans celui-ci de la diminution de la force musculaire, des troubles sphinctériens graves, la fréquence du pied bot tabétique de Joffroy.

Comme nous le montrerons au cours de ce travail, MM. P. Marie et Ch. Foix ont rappelé que, suivant le schéma général de M. Marie, la dimi-

nution de la force musculaire prédomine toujours sur les groupes raccourcisseurs des membres inférieurs. En outre, la faiblesse prédomine sur le segment le plus éloigné de la racine du membre.

D'une façon plus générale, les auteurs ont établi les caractères de l'affaiblissement musculaire des malades en groupant celles-ci en quatre classes. Sur 25 malades, les auteurs ont compté, dans un premier groupe, les malades chez qui tout mouvement est impossible ou sans force, *trois* femmes, soit 12 %. Dans un deuxième groupe, constitué par les tabétiques présentant une diminution globale de la force, nous trouvons *neuf* malades, soit 36 %. Dans un troisième groupe où sont rangées les femmes chez qui les extenseurs sont sensiblement conservés alors que les fléchisseurs sont très diminués, rentrent *dix* malades, soit 40 %. Le quatrième groupe enfin, comprend *trois* femmes, soit 12 % chez qui la force musculaire est sensiblement conservée.

Etudiant ensuite l'état des fonctions de la marche, MM. P. Marie et Ch. Foix ont trouvé sur 40 malades, 25 femmes chez qui la marche était absolument impossible, 11 chez qui celle-ci était très difficile. Cinq seulement marchaient assez bien. Dans tous les cas où la marche était impossible ou profondément troublée, ces perturbations étaient surtout attribuables à la diminution de la force musculaire beaucoup plus qu'à l'ataxie.

Nous avons voulu rapporter ici ces quelques chiffres de la communication de MM. Marie et

Foix, car, en les rapprochant de ceux que nous produirons au cours de notre travail, on verra que notre méthode, qui fut celle de ces auteurs, nous a conduit à des résultats identiques.

Outre ces données relatives à la force musculaire et celles qui concernent les troubles sphinctériens et le pied bot de Joffroy, MM. P. Marie et Ch. Foix ont signalé dans leur communication d'autres particularités observées chez les femmes tabétiques de la Salpêtrière.

Ils font observer que les crises gastriques sont remarquablement fréquentes chez leurs malades. Les deux tiers en ont eu ou en ont encore, disent-ils. Par contre, les autres crises viscérales sont plus rares.

Les paralysies oculaires leur ont paru assez fréquentes. En ce qui concerne les arthropathies et les fractures spontanées, les auteurs ont établi des proportions dont nous avons pu constater l'exactitude au cours de notre enquête.

***

En 1912 enfin, Kurt Mendel et Ernst Tobias, de Berlin, firent paraître un travail d'ensemble sur le tabes féminin.

Au point de vue symptomatologique, disent-ils, on constate sur quelques points seulement des différences.

Assez fréquemment par rapport à ce qu'on observe chez les hommes, on trouve de l'artério-

sclérose chez les femmes tabétiques si nous considérons que, pour un âge donné, les artères sont plus exposées chez l'homme à subir la transformation scléreuse.

Proportionnellement aussi, les arthropathies sont assez fréquentes chez les femmes tabétiques.

En outre, celles-ci donnent certainement moins fréquemment, ou du moins d'une façon moins évidente et seulement à un stade avancé de la maladie, les signes d'ataxie.

Les troubles urinaires qui sont si fréquents chez les hommes sont, du moins dans leurs manifestations les plus accentuées, plus rares chez les femmes.

Les crises gastriques seraient aussi relativement rares. De même les troubles de la sensibilité subjective.

L'atrophie optique serait moins fréquente aussi chez les femmes.

Mais il nous paraît surtout intéressant de rapporter les conclusions générales de K. Mendel et E. Tobias.

Non seulement, disent-ils, le tabes chez les femmes reste souvent stationnaire et ne montre aucune progression, mais il est souvent très atténué. Le tabes est, pour le sexe féminin, une maladie « de tout repos », si l'on nous permet cette expression, en tout cas, moins douloureuse et moins gênante pour le travail que chez l'homme.

En résumé, nous pourrons dire que si en soi le pronostic du tabes féminin est sérieux comme celui de toutes les maladies organiques, il est, en

général cependant, beaucoup moins défavorable que chez l'homme.

Alors que la maladie oblige celui-ci à restreindre de plus en plus son activité par suite de l'évolution progressive vers un stade de plus en plus grave, les observations jettent un jour moins sombre sur l'évolution habituelle du tabes chez la femme ; la souffrance est moins violente et la vie moins bouleversée. Le tabes des femmes constitue souvent ainsi une forme fruste de celui de l'homme.

Nous avons cru devoir rapporter avec assez de détails, l'opinion de K. Mendel et E. Tobias, en raison même des divergences qui la séparent de celle que nous avons acquise, surtout en ce qui concerne le pronostic général du tabes dans les deux sexes. Ces divergences apparaîtront d'elles-mêmes au cours de notre exposé ; il est donc inutile d'insister maintenant sur ce point.

Nous nous contenterons d'indiquer ici quelles raisons pourraient peut-être expliquer ces divergences. Elles peuvent tenir à deux ordres de causes, soit une différence de milieu, soit une différence de méthode.

Il est possible, sinon vraisemblable, qu'en Allemagne et en France la gravité du tabes féminin soit différente ; il est possible surtout que dans les milieux sur lesquels a porté l'observation de Mendel et Tobias, le tabes soit moins redoutable que dans notre milieu hospitalier féminin.

Quant à la méthode, si la meilleure est celle qui permet de comparer les malades dans les condi-

tions les plus semblables, nous croyons que la nôtre présente cette garantie qui la rend difficilement attaquable. Même milieu de recrutement, observation facile, évolution se faisant tout entière sous les yeux du médecin, examen à l'entrée permettant de noter, sans aucune omission, tous les cas de tabes admis à l'hospice, elle présente tous ces avantages. On peut dire qu'elle fixe de façon absolument fidèle l'état des tabétiques parvenus à un certain stade de l'évolution de leur mal, stade auquel il cesse en général d'avoir une marche progressive.

Nous n'avons pas trouvé, dans le travail de Mendel et de Tobias, l'exposé précis de leur méthode. Là, peut-être, se trouve la raison de nos divergences. Nous serions tentés de croire que, pour ce qui est tout au moins du tabes féminin, ils n'ont observé que des cas initiaux, tels qu'en montrent les consultations externes où le malade se rend souvent seul.

Ce n'est pas, en effet, dès le début que s'accuse la tendance paraplégiante du tabes féminin observée par MM. Marie et Foix et que nos statistiques comparées mettent, croyons-nous, hors de doute. L'ataxie, comme nous le verrons, est semblable dans les deux sexes ; c'est la diminution de la force musculaire rendant impossible la station debout qui est plus spéciale à la femme et c'est là un symptôme propre au tabes avancé dans son évolution.

***

En somme, nos recherches bibliographiques sur le sujet que nous traitons ne nous ont pas fourni des documents très nombreux ; nous ne saurions nous en plaindre.

De leur étude, un sentiment nous est resté. La plupart des auteurs ont insisté avec raison sur les modifications que pouvaient présenter, au point de vue de leur fréquence ou de leur intensité, certains des symptômes communs du tabes.

Mais on remarquera comme nous l'intérêt qui s'attache au fait signalé par MM. P. Marie et Ch. Foix : la tendance paraplégique du tabes chez la femme. Il y a là plus qu'une différence de degré : l'existence d'une particularité vraiment spéciale à la femme.

PARTICULARITES ETIOLOGIQUES DU TABES FEMININ

Fréquence.

Si l'on visite les salles affectées aux malades neurologiques, on est tout de suite frappé de la proportion considérable de tabétiques dans les salles de la Salpêtrière par rapport à leur petit nombre relatif dans les salles de Bicêtre. Evidemment, c'est avant tout une impression qui tient peut-être à ce que, à Bicêtre, les tabétiques sont plus disséminées dans l'hospice. Il n'en est pas moins vrai que le nombre des tabétiques est sensiblement le même alors que le nombre des malades hospitalités pour des affections nerveuses est certainement plus grand à Bicêtre qu'à la Salpêtrière.

Le tabes est-il donc plus fréquent chez la femme que chez l'homme ?

La réponse à cette question dépend elle-même de ce que nous savons de la fréquence relative de la syphilis dans les deux sexes.

La plupart des auteurs admettent que la syphilis est plus rare chez la femme que chez l'homme. Ce fait tiendrait en partie à la situation sociale

de la femme qui semble être moins exposée que l'homme aux excès sexuels et par conséquent à la syphilis.

Or, malgré cette rareté relative de la syphilis chez la femme, nous avons trouvé dans le cours de notre enquête un nombre sensiblement égal de tabétiques dans les deux sexes, une quarantaine d'hommes environ et autant de femmes. Cette égalité ne peut s'expliquer que si l'on admet la fréquence relative du tabes chez la femme étant donnée la rareté de son atteinte par la syphilis.

Peut être l'insuffisance du traitement n'est-elle pas sans influence sur cette particularité. On sait en effet, que les syphilis ignorées et par conséquent non traitées sont plus fréquentes chez les femmes. Il faut tenir compte aussi de la syphilis conjugale souvent ignorée de l'un des conjoints, des syphilis inavouées car, suivant les paroles de Fournier : « une femme n'avoue jamais la vérole même à son médecin ».

Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir adopter la formule exprimée dans leur communication par MM. P. Marie et Ch. Foix : « La femme syphilitique est plus exposée que l'homme à devenir tabétique ».

Cette opinion n'est d'ailleurs pas partagée par tous les auteurs. K Mendel et E. Tobias, notamment, considèrent le tabes comme moins fréquent chez la femme. Ils parlent, il est vrai, de la fréquence absolue, et, sur ce point, nous partageons naturellement leur avis, et non pas de la fré-

quence relative, la seule sur laquelle porte notre distinction.

A ce point de vue, nous croyons intéressant de signaler une curieuse communication du Dr Papadopoulos. Il fait remarquer que, dans le district de Trébizonde, le tabes est inconnu chez les femmes quoique la syphilis soit aussi fréquente chez elle que chez les hommes.

Age du début de la maladie.

Outre la fréquence relative du tabes chez la femme, l'étiologie de cette affection nous offre encore une autre particularité, relative celle-ci à l'âge du début de la maladie.

Chez les hommes que nous avons examinés, l'âge du début était compris dans la majorité des cas entre *30 et 50 ans* et surtout entre trente et quarante.

Chez les femmes au contraire, la maladie avait débuté le plus souvent entre 30 et 60 ans et presque jamais avant la période comprise entre la vingtième et la trentième année, ce qui est assez fréquent chez l'homme.

Le début de l'affection se produit donc chez la femme à un âge plus avancé que chez l'homme.

Ce fait s'explique assez bien si l'on songe que la contamination par la syphilis est, elle-même, dans la majorité des cas, plus tardive chez la femme. Nous mettons évidemment de côté les prostituées qui sont souvent, d'une façon pré-

coce, les dangereuses victimes d'un risque professionnel. Chez elles, d'ailleurs, le tabes paraît relativement rare, peut-être en raison de ce fait que le traitement est plus précocement suivi.

ETUDE DE LA MARCHE

Considérations générales.

Depuis la description clinique de Duchenne, en 1858, les troubles de la marche ont toujours été considérés, à bon droit, comme l'un des signes cardinaux du tabes.

Remarquables par leur importance, ces troubles le sont aussi par leur nature. Le terme d'ataxie locomotrice progressive appliqué par Duchenne à la nouvelle entité morbide isolée par lui, mettait en relief la caractéristique de ces troubles moteurs qui est l'incoordination et la « paralysie apparente contrastant avec l'intégrité de la force musculaire ».

On ne saurait songer à diminuer en quoi que ce soit le rôle de l'incoordination dans les troubles moteurs des membres inférieurs chez les tabétiques ; mais, à côté d'elle, la diminution de la force musculaire paraît constituer, dans certains cas, un facteur important de gravité.

L'anatomie pathologique rend bien compte d'ailleurs, de ce que nous montre la clinique. Si la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle est bien la lésion fondamentale du tabes, elle s'accompagne fréquemment de l'atteinte des

cornes antérieures et surtout de celle des racines rachidiennes, non seulement postérieures, mais antérieures. Au niveau des nerfs périphériques eux-mêmes, ces altérations s'observent très fréquemment ; quelques auteurs vont jusqu'à les considérer comme constantes (Nonne). Sans aller jusqu'à la production de l'atrophie, ces lésions centrales ou périphériques peuvent entraîner une diminution plus ou moins considérable de la force musculaire.

On peut donc admettre que dans la pathogénie des troubles de la marche, au cours du tabes, deux facteurs peuvent intervenir : l'incoordination toujours, l'affaiblissement de la force musculaire dans les conditions que nous dirons. Les troubles de la marche expriment la résultante de ces deux actions.

Si, chez les tabétiques jeunes, l'incoordination paraît jouer le principal rôle dans la production des troubles de la marche, l'influence de la diminution de la force musculaire paraît s'accentuer à mesure qu'il s'agit d'individus plus âgés ; c'est le cas des malades d'hospice à l'observation desquels nous nous sommes attaché.

Au cours de notre étude sur la marche des tabétiques, nous montrerons donc tout d'abord sous quel aspect général ces malades se sont présentés à nous, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière.

Nous rechercherons ensuite quelle est la part respective attribuable dans les troubles de la marche à l'ataxie et à l'affaiblissement de la force musculaire.

A ces divers points de vue, nous avons constaté de notables différences entre les deux sexes. Tout d'abord, en ce qui concerne la condition générale de ceux-ci, l'atteinte des fonctions de la marche nous a paru présenter, chez les femmes, une gravité particulière.

Cette différence globale se poursuit si l'on recherche l'origine des troubles de la marche. Alors que chez l'homme l'incoordination paraît tenir la première place, l'affaiblissement de la force musculaire est particulièrement remarquable chez la femme.

***

Avant d'entrer dans les détails de cette étude, on nous permettra de rappeler que cette constatation de l'affaiblissement musculaire chez la femme au cours du tabes cadre bien avec ce que nous savons de la condition spéciale de celle-ci, au point de vue de la force musculaire des membres inférieurs.

Toutes proportions gardées, les membres inférieurs de la femme sont par rapport à ceux de l'homme en état de débilité marquée.

Celle-ci n'intéresse pas seulement le système musculaire, constituant alors le syndrome de débilité musculaire, mis en relief par M. Klippel ; la sensibilité, elle aussi est en cause. M. Dupré a donné le nom de mérasthénie à cette débilité générale du train postérieur chez la femme.

Dans son service, à la Rochefoucauld, hospice mixte, M. Dupré avait déjà remarqué, sur ce point, la différence qui existe entre les deux sexes. Depuis, sa conviction a été fortifiée par une observation toujours poursuivie et nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu nous donner quelques précisions à ce sujet.

Sans doute, au cours de la discussion qui eut lieu à la Société de Neurologie, sur la délimitation du tabes, M. Dupré eut l'occasion de rappeler ce fait, comme déjà lors du Congrès de neurologie belge, tenu à Mons, en 1911 ; mais c'est surtout dans ses services hospitaliers qu'il put faire saisir, sur le vif, à ses auditeurs, la nature et les conséquence de la faiblesse des membres inférieurs de la femme. Cette faiblesse, avons-nous dit, s'observe aussi bien en ce qui concerne la motricité que la sensibilité.

Sur le premier point, les conséquences de la faiblesse musculaire passent le plus souvent inaperçues, bien que des exemples très frappants nous montrent son importance. M. Dupré nous a fait observer, à ce sujet, qu'il y a là une explication d'un fait bien connu, la rareté du vagabondage des femmes. Or, celles-ci ne sont pas à l'abri des troubles psychiques au cours desquels se produit le vagabondage. Si donc elles ne s'y livrent point, c'est qu'il y a en elles un obstacle capable de faire échec à cette tendance. Cet obstacle, c'est la faiblesse des membres inférieurs rendant les femmes incapables de remplir l'une des conditions essentielles du vagabondage, la

marche prolongée.

La notion de cette débilité paraît même avoir retenti sur nos mœurs. Le souci qu'ont les hommes, dans les lieux publics ou dans les véhicules de transports en commun, d'éviter aux femmes la station debout, témoigne de leur galanterie sans doute, mais cet usage s'est probablement établi parce que l'on sait que la femme ne peut rester longtemps debout.

Si la fatigue musculaire survient avec une grande rapidité, les troubles de la sensibilité sont, eux aussi, très fréquents et très accentués chez la femme.

On pourrait compter les femmes qui, à partir d'un certain âge tout au moins, ne se plaignent jamais de souffrir des membres inférieurs. Ceux-ci sont le siège, non seulement de véritable douleurs, mais aussi d'engourdissements, de fourmillements, d'impatiences musculaires qui se traduisent par des plaintes continuelles de la part de presque toutes les femmes. Celles qui ont froid aux pieds sont légion et dans la vie de beaucoup de femmes, la chaufferette ou la bouillotte tiennent une large place.

Les particularités que nous venons de signaler n'appartiennent point à la pathologie. Ce sont de simples « misères de l'existence ».

Survienne une maladie quelconque : cette faiblesse des membres inférieurs constituera naturellement un point d'appel pour la localisation des divers processus infectieux ou toxiques. La localisation paraplégique des infections chez la

femme est un fait bien connu. La polynévrite alcoolique atteint chez elle avec une intensité remarquable les membres inférieurs.

C'est à dessein que nous n'insisterons pas davantage sur le syndrome mérasthénique, qui pourrait faire lui-même l'objet d'une étude spéciale.

Tout en restant dans les limites que nous nous sommes tracées, nous avons pensé que l'exposé de ces considérations générales n'était pas inutile au moment d'aborder l'étude détaillée des troubles de la marche dans le tabes.

Etude détaillée des troubles de la marche.

Si l'on considère les tabétiques actuellement hospitalisés à Bicêtre, hospice exclusivement masculin, on est frappé du petit nombre des malades que l'on trouve dans leurs salles ou, à plus forte raison, dans leurs lits, alors que la plupart circulent, d'aucuns avec une grande aisance, dans les cours de l'hospice ou même en dehors de celles-ci.

A la Salpêtrière, hospice féminin, la situation des tabétiques est tout autre. Tandis que la plupart des malades sont confinées au lit ou dans un fauteuil voisin de celui-ci, le nombre de celles qui circulent dans les cours de l'hospice ou même dans leurs salles, est extrêmement restreint.

Au point de vue de l'incapacité absolue de la marche, il existe, en effet, entre les deux sexes une différence considérable. La statistique que

nous avons établie va nous permettre d'exprimer par des chiffres la valeur de cette différence.

Sur un total de 40 hommes tabétiques examinés par nous, à Bicêtre, la marche était absolument impossible dans 3 cas, soit une proportion de 7,5 %.

Sur 43 femmes tabétiques observées, à la Salpêtrière, 18 étaient confinées au lit dans l'absolue impossibilité de marcher, soit une proportion de 44,1 %.

A ce point de vue de l'impotence ambulatoire complète, il existe, on le voit, entre les deux sexes, une différence très importante, puisque la proportion des femmes obligées de garder le lit est de plus de six fois supérieure à celle des hommes que l'on trouve dans la même situation.

La différence se poursuit quand on observe les qualités de la marche des malades chez qui elle est encore possible.

Sur 40 hommes, la marche était très difficile ou difficile dans 18 cas. Sur 43 femmes, nous avons trouvé 18 fois également la marche très difficile ou difficile.

La proportion paraît sensiblement égale dans les deux sexes, mais elle est en réalité plus forte pour les femmes. Le nombre de celles chez qui la marche est très difficile est, en effet, proportionnellement plus considérable que celui chez qui elle est simplement difficile, contrairement à ce qui s'observe chez l'homme. On pourra s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur les tableaux qui nous ont permis d'établir notre sta-

tistique et que nous reproduisons plus loin.

Naturellement, nous retrouvons en ce qui concerne les cas dans lesquels la marche est relativement facile les mêmes différences que celles que nous venons de noter à propos de l'incapacité ou de la difficulté plus ou moins prononcées de la marche.

Alors que sur 40 hommes, la marche est relativement facile dans 19 cas, soit une proportion de 47 %, nous trouvons les mêmes conditions réalisées chez la femme dans 6 cas seulement sur 43, soit une proportion de 14,4 %.

Des constatations que nous venons de faire nous pouvons conclure que l'atteinte des fonctions de la marche revêt chez la femme un caractère de gravité vraiment particulier. Ce fait se constate d'une façon générale, mais il est surtout frappant si l'on compare la proportion des tabétiques confinés au lit qui est, répétons-le, de 7,5 % chez l'homme, alors qu'elle atteint 44 % chez la femme.

* * *

Avant de rechercher quelle part est attribuable dans ces troubles de la marche à l'ataxie et à l'affaiblissement musculaire, nous devons signaler ce que nous avons observé dans le tabes cécité.

Dans les chiffres que nous venons de donner, en effet, nous avons compris naturellement les cas de tabes cécité. Dans ce paragraphe nous isolerons ceux-ci pour examiner plus spécialement

ce que l'on observe en ce qui concerne l'atteinte des fonctions de la marche au cours du tabes cécité.

Sur neuf tabétiques aveugles du sexe féminin la marche était impossible dans cinq cas, très difficile dans deux cas, facile dans deux cas également.

Sur 11 hommes tabétiques aveugles, la marche était très difficile dans un cas seulement, difficile dans deux cas, facile dans huit cas.

Ces chiffres nous permettent de faire un certain nombre de constatations.

La cécité serait tout d'abord un peu plus fréquente chez l'homme que la femme.

Au point de vue de la marche, celle-ci est impossible dans 55 % de cas chez les femmes alors que, chez les hommes, nous n'avons pas trouvé un seul cas d'impossibilité absolue de la marche.

En ce qui concerne les difficultés de la marche lorsqu'elle est encore possible, il y a entre les deux sexes une différence du simple au double, au désavantage du sexe féminin.

Il semble donc que la bénignité relative du tabes cécité, mise en relief par MM. P. Marie et A. Léri s'observe surtout chez les hommes, tandis que la gravité du tabes ne paraît pas diminuée dans le sexe féminin, toujours au point de vue de la marche bien entendu.

Ces faits se comprennent si l'on songe que dans le tabes ordinaire, l'ataxie et l'affaiblissement de la force musculaire entrent pour une part très

différente dans la production des troubles de la marche suivant le sexe considéré.

Leur différence existe également dans le tabes amaurotique. Sur 9 femmes tabétiques aveugles, la force musculaire était diminuée et souvent d'une façon particulièrement marquée dans tous les cas, sauf un.

Sur les 11 hommes tabétiques aveugles que nous avons observés, la force musculaire était au contraire sensiblement bien conservée dans tous les cas.

***

Dans la genèse des troubles de la marche, quelles sont les parts d'influence respectives de l'ataxie et de l'affaiblissement musculaire ? C'est ce que nous allons rechercher à présent en donnant d'abord les résultats de notre statistique en ce qui concerne le premier point : l'ataxie.

Voici ce que nous a permis de constater l'examen de 40 hommes tabétiques de Bicêtre. Sur ce total nous avons trouvé 5 fois l'incoordination très marquée (12,5 %). Dans 13 cas, elle était simplement marquée (32,5 %). Cinq fois enfin (12,5 %), l'ataxie était peu marquée.

Sur les 43 femmes que nous avons observées, à ce point de vue, l'ataxie était très marquée dans 11 cas (25,2 %), simplement marquée dans 11 cas également, peu marquée dans 7 cas (16,2 %).

Comme on le voit, les différences qui existent entre les deux sexes au point de vue de l'ataxie

sont peu importantes. En tous cas, il y a loin de la proportion de 25,2 % de malades chez lesquelles s'observe une incoordination très marquée à la proportion de 44,7 % qui est, nous l'avons vu, celle des femmes tabétiques confinées au lit.

La conclusion qui s'impose est la suivante : si l'ataxie contribue largement à provoquer les troubles de la marche chez tous les tabétiques, son existence et son degré chez la femme ne suffisent pas à expliquer la gravité des troubles des fonctions de la marche que l'on observe chez elle.

L'étude de la force musculaire nous fournira-t-elle l'explication de cette gravité ? C'est ce que nous allons examiner dans le chapitre suivant que nous consacrons à l'étude de la force musculaire.

FORCE MUSCULAIRE

Chez les tabétiques des deux hospices dans lesquels s'est poursuivie notre enquête, nous avons examiné quel était l'état de la force musculaire des membres inférieurs. Nous avons recherché quels étaient les mouvements dont l'exécution pouvait être plus ou moins troublée, abstraction faite bien entendu, non seulement de l'ataxie, dont nous avons déjà parlé, mais encore des troubles trophiques tels que l'amyotrophie ou les arthropathies.

Nous avons examiné l'état de la force musculaire au niveau de chacun des segments des membres inférieurs en faisant exécuter aux malades des mouvements de flexion et d'extension à l'exécution desquels nous nous opposions.

Dans tous les cas où nous avons constaté une diminution de la force musculaire, celle-ci, lorsqu'elle intéressait tout un membre, prédominait, suivant le schéma établi par M. P. Marie, au niveau du segment distal de ce membre et, lorsqu'on la considère sur un segment isolé, la diminution était toujours plus accentuée pour le groupe des raccourcisseurs du membre inférieur : fléchisseurs du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin.

L'impossibilité ou la grande difficulté d'opérer la flexion dorsale du pied sur la jambe constitue donc en général le premier stade de l'affaiblissement de la force musculaire des membres inférieurs. Cette prédilection dont est l'objet le groupe antéro-externe de la jambe entraîne un certain équinisme avec parfois tendance à la flexion plantaire des orteils qui, par l'immobilisation au lit, pourra se transformer en pied bot tabétique de Joffroy.

Ceci dit, nous pouvons classer les malades, au point de vue de la force musculaire en trois grands groupes : ceux qui ne peuvent pas bouger ou n'exécutent que quelques mouvements sans force aucune; ceux dont la force musculaire est très diminuée d'une façon générale; ceux enfin, dont la force d'extension est sensiblement conservée, la force de flexion étant notablement diminuée.

En ce qui concerne le premier groupe, celui qui comprend les malades chez qui les mouvements des membres inférieurs sont nuls ou sans vigueur aucune, nous avons trouvé trois femmes et pas un seul homme.

Dans le second groupe, celui des malades chez qui la force musculaire est très diminuée d'une façon globale, nous avons trouvé sur 40 hommes, trois cas seulement (7,5 %) d'un affaiblissement aussi marqué, tandis que, sur 43 femmes, 22 le présentaient d'une façon particulièrement accentuée ; soit une proportion de 51 %.

Quant au troisième groupe comprenant les cas

dans lesquels la force d'extension est sensiblement conservée, mais la force de flexion très diminuée, il renferme 4 hommes seulement sur 40 (10 %) et, par contre, 11 femmes sur 43, soit 25,5 %.

On pourrait ranger dans un quatrième groupe les malades chez qui la force musculaire est sensiblement conservée. Nous trouverions alors 4 femmes seulement dans cette situation favorable, alors que nous la rencontrons chez 33 hommes. Ces chiffres ne sont d'ailleurs que la conséquence des précédents.

La différence de condition des hommes et des femmes se trouve nettement établie par les proportions que nous venons de signaler. Elle est surtout constituée par l'importance respective du rôle de l'ataxie et de l'affaiblissement musculaire dans la production des troubles de la marche, suivant que l'on considère l'un ou l'autre sexe.

Il semble que c'est surtout chez l'homme que se trouve réalisé le tableau classique de l'incoordination contrastant avec l'intégrité de la force musculaire. Chez la femme, au contraire, celle-ci paraît être par son affaiblissement la cause principale des désordres de la marche et surtout de sa suppression.

Cette différence explique comment Cruveilhier qui a reproduit dans son atlas les lésions de nombreux cas de tabes qu'il avait observés à la Salpêtrière, mettant parfaitement en évidence les altérations des cordons postérieurs, a donné à ce

syndrome le nom de paraplégie. Si cet observateur sagace avait été plus favorisé par les circonstances, c'est-à-dire s'il eût étudié des cas identiques à ceux rapportés par lui dans un hospice d'hommes au lieu de les observer chez des femmes, il eut probablement devancé Duchenne dans sa glorieuse découverte.

TROUBLES SPHINCTERIENS

Outre la gravité de l'atteinte des fonctions de la marche, la tendance paraplégique du tabes chez la femme se manifeste encore par la gravité des troubles sphinctériens.

A ce sujet, une distinction est nécessaire. On peut, au cours du tabes, observer deux ordres de troubles sphinctériens : d'une part, des troubles graves d'incontinence, d'autre part, de petits troubles de l'urination, difficulté, lenteur des mictions ou mictions impérieuses. Ces derniers troubles sont au moins aussi fréquents chez l'homme que chez la femme. Mais la forme la plus désastreuse, l'incontinence des urines et des matières et l'incontinence d'urine diurne et nocturne se rencontrent, en effet, plus fréquemment dans le sexe féminin.

Sur 49 femmes, nous avons trouvé deux fois l'incontinence des urines et des matières, soit une proportion de 4,5 %. Parmi 40 hommes, nous n'avons trouvé qu'un cas de gâtisme, soit une proportion de 2,5 %. Au point de vue de l'incontinence complète des urines et des matières, il y a donc entre les femmes et les hommes que nous avons examinés une différence du simple au double.

L'écart est beaucoup plus marqué si nous considérons une insuffisance sphinctérienne, fort grave elle aussi, l'incontinence d'urine diurne et nocturne. Nous l'avons constatée 3 fois seulement parmi les 40 hommes tabétiques de Bicêtre, soit une proportion de 7,5 %. Chez les femmes, au contraire, nous avons trouvé sur 43 cas, 11 fois l'incontinence d'urine, soit une proportion de 25,5 %.

A ce point de vue, il existe donc entre les deux sexes une différence très marquée.

Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il s'agit de l'incontinence, c'est-à-dire des troubles sphinctériens les plus graves. Les autres troubles sphinctériens, même accentués, se renouvellent, en effet, dans les deux cas avec une grande fréquence, peut-être même plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Cette restriction faite, nous ne pouvons donc partager, au sujet de la fréquence et de la gravité comparées des troubles sphinctériens dans les deux sexes, l'opinion exprimée par K. Mendel et E. Tobias que les troubles vésicaux si fréquents chez l'homme sont, du moins dans leurs manifestations les plus accentuées, plus rares chez la femme. La comparaison que nous avons faite entre les malades de chaque sexe, à une période donnée de la maladie, nous porte à affirmer le contraire.

PIED BOT DE JOFFROY

Affaiblissement marqué de la force musculaire, gravité des troubles sphinctériens, tels sont les deux premiers facteurs caractéristiques de la tendance paraplégique du tabes chez la femme. Un autre facteur est constitué par la fréquence dans ce sexe, du pied bot tabétique de Joffroy.

Que l'on nous permette, pour éviter toute confusion, de rappeler la définition donnée par Joffroy lui-même, en 1885 : « Ce n'est ni un pied bot par atrophie comme ceux de la paralysie spinale infantile, ni un pied bot de nature osseuse, c'est un pied bot par flaccidité, un pied bot atonique.

Sur les 43 femmes que nous avons examinées à la Salpêtrière, nous avons trouvé 5 cas de pied bot de Joffroy, le plus souvent bilatéral, soit une proportion de 11,6 %. Sur les 40 hommes tabétiques actuellement hospitalisés à Bicêtre, nous n'avons touvé, par contre, aucun cas de pied bot de Joffroy.

Cette déformation peut donc être considérée comme à peu près propre au tabes féminin.

Ceci se comprend d'ailleurs, si l'on réfléchit à sa pathogénie. Le pied bot de Joffroy, très analogue dans sa forme au pied bot névritique ou même au pied bot phlébitique, paraît dû en réalité à deux causes : d'une part, l'immobilisation au lit, d'autre part, la diminution de la force des fléchisseurs dorsaux du pied sur la jambe. C'est, en effet, toujours chez des malades ayant

perdu ou presque perdu la possibilité d'effectuer ce mouvement de flexion dorsale que l'on rencontre le pied bot de Joffroy.

Or, si l'on se reporte à notre statistique, l'on voit que ces deux conditions, l'immobilisation au lit et la perte du mouvement de flexion du pied sur la jambe s'observent avec une grande prépondérance dans le sexe féminin. Il n'est donc pas étonnant que le pied bot de Joffroy lui appartienne presque en propre.

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscé
M. E.	57	41	impossible	très diminuée surtout raccourcisseurs	modérée	Crises qu ano-r vagi
B. J.	52	37	très difficile	id.	modérée	Crises qu
G. V.	50	35	facile	conservée	id.	
T. I.	43	30	impossible depuis 10 ans	très diminuée surtout raccourcisseurs	marquée aux membres sup.	Crises q
M. G.	55	32	très difficile	Extenseurs conservés Racc. dimin.	modérée	i
M. L.	46	29	impossible depuis 12 ans	très diminuée racc. presque perdus	très marquée	i
S. V.	59	39	impossible depuis 8 ans	très diminuée		Crises q et a
G. P.	54	31	facile	conservée	légère	Crise tri
G. A.	60	30	impossible	extens. conserv. racc. très diminués	peu marquée	

(1) ABRÉVIATIONS : Conserv. *conservés* — dr. *droit* — g. *gauche* — ext.

ubles ctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
tinence rine		Strabisme externe			
		diplopie	genou gauche		Pied de Joffroy gauche
légers					
	complète	droit interne	vertébrale		
	unilatérale				
inence					pied bot tabétique double
		Mot. oc. ext. des 2 côtés mot. oc. int. dr.	genou gauche		pied ballant
	complète				
ions ciles	cataracte		hanche droite	diffuse	

nterne — mot. oc. *moteur oculaire* — racc. *raccourcisseurs.*

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralg
D. B.	56	38	impossible depuis 15 ans	diminution énorme		id.
K. F.	73	58	impossible depuis 3 ans	très diminuée surt. racc.	peu marquée	
G. M.	62	50	facile	extens. conserv. racc. dimin.		
F. J.	52	36	impossible	nulle	recherche impossible	
N. L.	63	48	très difficile	extens. conserv. racc. dimin.	modérée	
G. F.	56	44	impossible	id.	marquée	Crises gas ques
S. M.	38	29	très difficile	diminuée	très marquée	Crises gas ques
B. J.	54	39	id.	très diminuée	id.	
M. G.	80	65	id.	id.		
D. E.	65	48	id.	extens. conserv. racc. dimin.	très marquée	Crises gas ques

Troubles phinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
continence d'urine	amblyopie		deux genoux		pied bot double
continence d'urine				diffuse	
	complète				
continence d'urine t matières	complète	mot. oc. ext.		diffuse	pied bot double
continence			genou gauche		
mictions npérieuses	amblyopie	fract. spont. jambes col fémur arthropathie genou gauche		diffuse	pied de Joffroy
ngues pé- odes d'in- ontinence	complète				
id.		diplopie		membres inférieurs	
marqués	amblyopie				
marqués					

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralg
C. E.	67	48	id.	très diminuée	id.	
L. C.	76	66	id.	id.	id.	
M. A.	69	52	impossible	id.	id.	
T. C.	72	60	difficile	id.	marquée	
M. C.	71	53	impossible	id.	id.	
D. C.	73	69	difficile	bonne	marquée	
V. E.	47	35	très difficile	très diminuée	id.	
R. J.	64		difficile	diminuée	marquée	
L. G.	56		facile	bonne	peu marquée	
G. M.	66		impossible	très diminuée	très marquée	
N. F.	77		id.	id.	id.	
G. L.	63	49	très difficile	diminuée	modérée	

Troubles hinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
ontinence d'urine					
	unilatérale		genou gauche		
ontinence d'urine matières	complète			membres inférieurs	
			genu valgum		pied tabétique
	amblyopie				pied de Joffroy
ontinence d'urine					
marqués	amblyopie.	mot. oc. ext. gauche			
			genou droit		
					pied tab.
	complète				

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralg
R. M.	60	55	id.	id.	marquée	
C. M.	65	51	impossible	id.		
G. L.	60	25	id.	très diminuée	recherche impossible	
V. D.	58	51	facile	bonne	modérée	
F. P.	75	55	très difficile	très diminuée	marquée	
C. A.	53	48	impossible	recherche impossible	recherche impossible	
L. D.	69		id.	assez bonne		crampe d'estom
A. M.	50	45	id.	extens. conserv. racc. dimin.	marquée	Crises gas ques
L. V.	65	57	très difficile	très diminuée	très marquée	
L. V.	48	46	difficile	extens. conserv. racc. dimin.	marquée	
C. R.	65	54	impossible	diminuée		
L. G.	54	43	id.	id.	marquée	

Troubles phinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
	complète		genou gauche		
marqués	amblyopie		fract. spont. multiples		
autrefois					
ıcontinence d'urine					
ıcontinence d'urine			Deux genoux		Pied de Joffroy
ıcontinence d'urine					
Autrefois	Unilatérale				
Marqués					
			genou droit		
			genou gauche		Pied de Joffroy

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralgi
O. G.	52	40	très difficile	diminuée	marquée	Crises gast ques
L. J.	54	30	difficile	id.	id.	
L. L.	52	36	très difficile	bonne	très marquée	Crises gast ques
L. A.	64	36	facile	diminuée	nulle	
M. M.	44	26	id	bonne	id.	Crises gast ques
P. C.	72	68	difficile	id.	peu marquée	
P. A.	63	55	très difficile	extens. conserv. racc. dimin.	très marquée	
R. F.	41	37	facile	bonne	nulle	
S. C.	56	54	id.	id.	id.	
A. L.	42	33	difficile	id.	marquée	
A. E.	59	40	facile	id.	id.	
B. J.	48	43	id.	id.	nulle	
C. F.	61	49	id.	très bonne	id.	

(1) Abréviations : Conserv. *conservés* — dr. *droit* — g. *gauche* — ext. *exte*

Troubles hinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
continence d'urine			genu recurvatum		
marqués	complète		genou gauche		
marqués		diplopie		cuisse droite	
			genou droit		
continence d'urine					
		mot. oc. ext. gauche			
continence d'urine					
marqués	complète				
marqués	complète		des pieds		
marqués	complète				

interne — mot. oc. *moteur oculaire* — racc. *raccourcisseurs.*

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralgi
C. E.	39	22	très facile	bonne	id.	
D. L.	45	42	difficile	id.	marquée	
D. A.	62	45	impossible	diminuée	très marquée	
D. G.	49	42	facile	bonne	nulle	
N. A.	48	40	id.	id.	id.	
F. A.	48	34	difficile	id.	marquée	
M. J.	43	30	id.	id.	très marquée	Crises gas ques
F. L.	52	41	facile	bonne	nulle	
L. J.	61	53	id.	id.	très légère	Crises int testinal
R. R.	39	32	id.	id.	légère	
G. T.	36	30	id.	id.	nulle	
G. A.	47	23	très difficile	id.	marquée	Crises ga ques et in tinale
H. C.	38	32	id.	id.	très marquée	

Troubles hinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
				cuisses	
continence 'urine et matières					
u marqués					
u marqués					
marqués					
			genou gauche		
	complète				
légers		releveur			
	complète				
légers					

	Age en 1914	Age du début	Marche	Force musculaire	Ataxie	Viscéralg
J. P.	46	41		très bonne	nulle	
K C.	64	54	difficile	bonne	marquée	
L. C.	51	48	facile	très bonne	nulle	
L. L.	50	37	id.	bonne	peu marquée	
C. G.	61	30	id.	id.	nulle	
B. P.	55	32	très difficile	id.	marquée	
L. H.	76	63	très facile	id.	très légère	
G. E.	65	39	impossible	id.	très marquée	Crises gas ques
G. C.	58	52	facile	id	très légère	
D. D.	68	27	très difficile	id.	marquée	
D. B.	47	23	facile	id.	nulle	
C. C.	56	41	id.	id.	marquée	
R. L.	61	37	difficile	id.	id.	
P. E.	49	30	id.	extens. conserv. racc. dimin.	marquée	

Troubles sphinctériens	Cécité	Paralysie oculaires	Arthropathies Fractures spontanées	Amyotrophie	Pied tabétique
marqués		3e paire dr. et g.	rachis.		
			genou gauche		
	complète				
légers				cuisse droite	
marqués					
			genou gauche	quadriceps	
marqués	complète	mot. oc. int.			
			genoux		
			genou droit		
marqués					
légers	complète				
			genou fract. spont. col fémur dr.		

CONSIDERATIONS FINALES

Au cours du présent travail, nous n'avons pas eu la prétention d'établir toutes les différences qui s'observent dans le tabes suivant le sexe considéré.

Quelques points, sur lesquels nous n'avons pas insisté, témoignent, eux aussi, que la maladie peut présenter des modifications symptomatiques diverses, suivant qu'elle frappe des hommes ou des femmes.

Nous en signalons quelques exemples que nous avons pu constater au cours de notre enquête.

Les paralysies oculaires paraissent assez fréquentes chez les femmes, puisque nous les avons observées dans 7 cas sur 43 (16,2 %), alors que, chez les hommes, nous en avons trouvé seulement 5 cas sur 40 (14,5 %).

Les arthropathies, qui frappent presque toujours le genou, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre sexe, seraient, en ce qui regarde cette articulation, un peu plus fréquentes aussi chez les femmes. La proportion que nous avons trouvée est de 25,2 % (11 cas sur 43) pour celles-ci, tandis qu'elle est de 22,5 % (9 cas sur 40) seulement chez les hommes. La plus grande fréquence des arthropathies

en général chez la femme a d'ailleurs été déjà signalée par M. P. Marie. Il en serait de même, nous a-t-il semblé, des fractures spontanées.

Parmi les crises viscérales, les crises gastriques nous ont paru particulièrement fréquentes chez les femmes. Presque toutes les tabétiques de la Salpêtrière ont eu ou ont encore des crises gastriques, tandis que, parmi les hommes tabétiques de Bicêtre, une forte proportion de malades n'a jamais présenté de crises gastriques ou bien ce fut seulement durant d'assez courtes périodes. En tous cas, nous ne saurions partager, sur ce point, l'opinion de K. Mendel et E. Tobias, pour qui les crises gastriques seraient plus rares chez la femme.

Nous mentionnerons seulement les crises génitales de la femme qui constituent souvent chez elle, des manifestations accentuées. Parmi celles-ci les crises clitoridiennes ont été décrites avec détails par K. Mendel et E. Tobias.

Ces auteurs rappellent que ces crises, signalées par Charcot et Bouchard ont été bien étudiées par Pitres, en 1884. Bien qu'elles puissent constituer, dans des cas exceptionnels, un symptôme unique et initial de la maladie, elles sont, dans l'immense majorité des cas, associées à d'autres symptômes.

Offergeld distingue trois variété de crises clitoridiennes. Dans la première se rangent les malades qui subissent des sensations douloureuses suivies de douleurs lancinantes et de crises dans les autres organes.

Dans la deuxième, il fait rentrer les malades qui ressentent des spasmes accompagnés de sensations voluptueuses et d'une secrétion abondante.

La troisième variété comprend des formes mixtes : les malades éprouvent tantôt des douleurs, tantôt des sensations voluptueuses.

On peut comparer ces crises clitoridiennes aux pollutions nocturnes fréquentes chez l'homme avant la période d'impuissance.

On observe assez fréquemment des crises vulvo-vaginales très douloureuses provoquées par une crampe du vagin et un spasme du constricteur de la vulve.

Nous n'insisterons pas davantage sur les crises génitales qui ne prêtent pas, en somme, à une comparaison entre les deux sexes.

***

Somme toute, dans le tabes, la plupart des symptômes sont communs et semblables, la fréquence est analogue, la gravité presque identique, quel que soit le sexe considéré.

Mais il est chez la femme un élément vraiment caractéristique, qui se dégage, croyons-nous, avec une indiscutable netteté des chiffres que nous avons apportés. C'est la tendance paraplégique du tabes féminin, due peut-être à la débilité congénitale des membres inférieurs chez la femme, peut-être aussi à une atteinte plus profonde des racines dont l'origine nous échappe.

Cette tendance est caractérisée par les éléments suivants :

a) Fréquence des troubles graves de la marche, entraînant l'immobilité au lit.

e) Perte plus fréquente et marquée de la force musculaire, entrant pour une grande part dans l'impossibilité de la marche.

c) Fréquence relative du pied bot de Joffroy et des troubles sphinctériens.

CONCLUSIONS

1° Si tous les symptômes du tabes, à part les crises génitales, peuvent s'observer dans les deux sexes, il n'en est pas moins vrai que la maladie, dans son ensemble, est quelque peu différente d'allure suivant le sexe considéré.

2° Désirant appuyer nos recherches sur des documents identiques, condition nécessaire d'une étude comparative, nous avons volontairement limité notre enquête aux hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

3° Ces conclusions ne s'appliquent par conséquent qu'au tabes pervenu à un stade relativement avancé de son évolution et non au tabes incipiens. Elles perdent peut-être aussi quelque peu de leur généralité, mais elles gagnent certainement en précision et en valeur démonstrative.

4° Ceci posé, nous avons, comme MM. P. Marie et Ch. Foix, constaté que la véritable caractéristique du tabes féminin est sa tendance paraplégique, constituant une véritable forme paraplégique du tabes féminin.

5° Cette tendance est caractérisée par les éléments suivants :

a) Troubles graves de la marche entraînant l'immobilisation au lit.

b) Perte considérable de la force musculaire des membres inférieurs, notamment des fléchisseurs dorsaux du pied sur la jambe.

c) Fréquence du pied bot de Joffroy et des troubles sphinctériens graves.

Nos résultats confirment encore sur ce point les travaux de MM. P. Marie et Ch. Foix.

6° De ces éléments, les deux premiers sont les plus importants. C'est, d'ailleurs, surtout la perte considérable de la force musculaire qui entraîne chez la femme, l'immobilisation au lit, l'ataxie étant aussi fréquente et aussi marquée chez l'homme que chez la femme.

7° Cette atteinte prépondérante est peut-être due, conformément aux théories de M. Dupré, à la débilité congénitale des membres inférieurs chez la femme, débilité à la fois physiologique et pathologique, comme l'établit, par exemple, la fréquence et la gravité particulière, dans ce sexe, de la paraplégie alcoolique, de la paraplégie par myosclérose.

8° Cette faiblesse relative des membres inférieurs à l'état physiologique explique comment, dans le tabes, une diminution d'abord modérée de la force entraîne vite une grande difficulté de la marche, d'où l'immobilisation qui aide, à son tour, à un affaiblissement plus marqué.

9° Les troubles sphinctériens graves consistant avant tout en incontinence complète ou incomplète sont très fréquents chez la femme, les

mictions simplement impérieuses, les légers troubles de l'urination étant plutôt l'apanage de l'homme.

10°. Quant au pied bot de Joffroy, nous ne l'avons observé que chez des femmes. Il est la conséquence, à la fois, de l'immobilisation au lit et de l'affaiblissement de la flexion dorsale du pied sur la jambe.

11° Ainsi les éléments qui entraînent la tendance paraplégique du tabes féminin se succèdent et s'enchaînent. L'affaiblissement des membres inférieurs entraîne l'immobilisation qui exagère, à son tour, la perte des forces par un échange de mauvais procédés.

L'immobilisation au lit, l'impotence des fléchisseurs dorsaux du pied sur la jambe entraînent, à leur tour, le pied bot de Joffroy.

BIBLIOGRAPHIE

Allan G. A.— Case of tabes in a female in which laryngeal crises, ocular paralysis and vasomotor phenomena were early symptoms. *Glascow med. journ.*, LXXII, 1909, n° 3.

Belugon et Faure. — Pathogénie, pronostic et thérapeutique du tabes d'après 1960 obs. *Rev. de méd.*, 1903. S. 663.

Brodski. — Zur Frühdiagnose der Tabes bei den Weibern. Kordak. *Journ. f. Psych. u. Neur.*, 1906.

Collins. — Pronostic du tabes. *Medical News*, 7 mars 1903 et 14 mars 1903.
Tabes dorsalis ; A study of 140 cases of locomotor ataxia. *The medical News*, 1903, jan.

Dunger. — Zur Kenntniss der tabischen krisen M. K. 1907, n° 37.

Duchenne (de Boulogne). — *Arch. générales de médecine*, 1858 et 1859.

Erb. — Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. *Centralblatt f. d. m. Wiss.* 1881 und *Berliner klinische Woschenschrift*, 1883, n° 32. Syphilis und Tabes. B. K. W., 1896, n° 11, u. 1904.

Fehre. — Du tabes chez la femme. *Berliner klinische Wochenschrift*, 22 et 29 juillet 1901, p. 751 suiv. R. N. 1902, p. 505. Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern. Inaug-Diss, 1901.

Fournier. — *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Paris, 1876.

Friedrichsen. — *Ueber die Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht*. Inaug. Diss, 1893.

Gilbert et Thoinot. — *Traité de médecine*, art. Tabes.

Hlubek. — *Tabes dorsalis beim weiblichen geschlecht*. Inaug. Diss. Berlin, 1886.

Jones (T. C. Littles). — Pied tabétique. Liverpool médical. Institution 19 déc. 1907, in *Bri-*

tish medical Journal, p. 84, 11 janv. 1908. R. N. 1908, p. 302.

Kron. — *Ueber Tabes dorsalis beim weiblichen geschlecht Deutsch Zeitschrift für Nervenheilkunde*, B. d. XII, 1898.

Marie P. — Art. Tabes, in, *Traité de médecine Brouardel et Brissaud.*

Marie et Mocquot. — A quel âge viennent les tabétiques. *Semaine médicale*, 28 av. 1903.

De Massary. — *Le Tabes dorsalis*, Th. Paris, 1896.

Mendel E. — *Die Tabes beim weiblichen geschlecht Neurologisches Centralblatt*, 1 janvier 1901.

Mendel K. und Tobias E. — Die Syphilisætiologie der Frauen tabes. N. C. 1911, n° 20. *Tabische Jungfrauen. Medizinische klinik*, 1911, n° 43.

Mœbius. — *Ueber Tabes bei Weibern.*

Offergeld. — Ovarialkrisen und Verlaufe der Tabes dorsalis. Ein Beitrag zur kenntnis der

genitalen Krisen tabischer Frauen. *Beitr. z. Geburtch. u. Gyn.* B. d. XVI.

Penkert. — Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau Monatschr, f. geb. u. gyn., XXIX. H. 2.

Philippe Claudius. — *Le Tabes.* Th. Paris 1896.

Raymond. — Etiologie du tabes dorsal. *Progrès méd.*, 1892, n° 24.

Revue de neurologie, passim.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction . . . . . *Page* 13

Historique . . . . . » 17

Particularités étiologiques du tabes féminin . » 26

Etude de la marche . . . . . » 30

Force musculaire . . . . . » 41

Troubles sphinctériens . . . . . » 45

Pied bot de Joffroy . . . . . » 47

Caractéristiques du tabes féminin . . . . . » 50

» » masculin . . . . . » 58

Considérations finales . . . . . » 65

Conclusions . . . . . » 69

Bibliographie . . . . . » 73

BERNARD, FÉRAND & Cie, Éditeurs
37, Rue des Trois-Bornes
PARIS